

ПОЗИТИВНІ І НЕГАТИВНІ НАСЛІДКИ ПІСЛЯ СПЛЕНЕКТОМІЧНОГО СПЛЕНОЗУ

Ульянич В.В., Олексич Т.В.; Гапченко А.В., Руденко В.А., студ. 3-го курсу

Науковий керівник – доц. В.П. Шевченко

СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини і фізизіатрії, Сумська обласна клінічна лікарня

Спленоз – це термін, означаючий розвиток селезіночного імплантанта в організмі. Травма є головною причиною розвитку спленозу. В останні роки частота спленозу зростає, що зумовлене широким впровадженням консервативного лікування пошкоджень селезінки, використанням лапароскопічного метода спленектомії, збільшенням частоти закритої абдомінальної травми. З іншого боку широкое впровадження ультрасонографії, КТ, МРТ, сучасних радіонуклідних діагностичних методів дозволило діагностувати спленоз значно частіше, ніж в попередні роки. Селезіночна тканина може імплантуватися і добре прижитись в різноманітних тканинах і органах людини. Описані випадки росту селезіночних імплантів в плевральній порожнині, легенях, шлунку, перикарді, яєчнику, в головному мозку, наднирниках, печінці, післяопераційному рубці, тощо. Але найчастіше селезіночні імпланти зустрічаються в черевній порожнині.

Мета дослідження. Вивчити частоту спленоза після спленектомії, виконаної у постраждалих з приводу травми селезінки і у гематологічних хворих, у яких спленектомія проведена з лікувальною метою.

Матеріали і методи. Обстежені 14 постраждалих після посттравматичної спленектомії і 16 гематологічних хворих через 1,5-5 років після видалення селезінки. Показаннями для спленектомії у гематологічних хворих були – гемолітична анемія у 7, та ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) у 9 випадках. Крім загальноклінічних тестів у пацієнтів визначали кількість тромбоцитів, наявність тілець Howell-Jolly, число природних кіллерів за кількістю їх морфологічних аналогів – великих гранулярних лімфоцитів (ВГЛ), проводилася ультрасонографія органів черевної порожнини, у трьох випадках і комп'ютерна томографія.

Результати. Додаткові селезінки в області великого сальника, у лівому підребер'ї або над лівою ниркою діагностовані за допомогою УЗД у 5(20%) пацієнтів. У 3-х після посттравматичної спленектомії, у 2-х гематологічних хворих з ІТП. Розміри додаткових селезінок вар'ювали від 3 до 8см. У 4 хворих налічувалося від 2 до 4 селезіночок. У всіх хворих у периферійній крові були відсутні тільця Howell-Jolly, що свідчило про функціональну активність додаткових селезінок. Кількість лімфоцитів, інтегрального показника імунокомпетентних клітин у обстежених хворих була в межах норми, число природних кіллерів (4,3%) ледве не досягало нормального показника. У хворих з ІТП, у яких виявлені додаткові селезінки спостерігався рецидив захворювання із зниженням числа тромбоцитів нижче 50000/мл і клінічними геморагічними проявами. Ці хворі потребували протирецидивного лікування.

Т.ч. Додаткові селезінки у хворих після посттравматичної спленектомії відіграють позитивну роль, частково компенсуючи імунологічні та гематологічні порушення, спричинені втратою селезінки. У гематологічних хворих ріст додаткових селезінок має негативне значення, бо сприяє розвитку рецидиву захворювання і необхідності проведення протирецидивного лікування.